



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента: _____

Работник, ведущий дело: _____

Язык: _____

Программа: _____

В вашем деле отсутствует подписанный экземпляр действующего Временного договора о возмещении социальной помощи (Interim Assistance Reimbursement Agreement, IARA). Этот договор позволяет штату Вашингтон получить возмещение за денежное пособие, которое вам выдавалось в случае назначения пособия SSI. Вы обязаны подписать «Временный договор о возмещении социальной помощи» (IARA), если Вы подали заявление на пособие SSI или Вас утвердили в качестве лица, имеющего право на получение денежного пособия по программе ABD (для престарелых, слепых и инвалидов) в соответствии с разделами (WAC) 388-449-0200 и 388-449-0210 Административного кодекса штата Вашингтон.

Если вы не подпишете и не вернете прилагающийся Временный договор о возмещении социальной помощи (IARA) в срок до _____, предоставление вам денежного пособия может быть прекращено.

Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть вопросы.

Замечания:

ПОСРЕДНИК ПО ПОЛУЧЕНИЮ SSI

Телефон: _____

INTERIM ASSISTANCE REIMBURSEMENT AGREEMENT COVER
DSHS 14-503 RU (REV. 09/2011) Russian

Barcode label



14503